

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

350

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

KESSIS Robert-Edmond-Joseph

Né le 12 Mars 1906, à SÉTIF (Algérie)

Péritonites par perforation
de
pyonéphroses non tuberculeuses

Président : M. GRÉGOIRE, professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

KESSIS Robert-Edmond-Joseph

Né le 12 Mars 1906, à SÉTIF (Algérie)

Péritonites par perforation
de
pyonéphroses non tuberculeuses

Président : M. GRÉGOIRE, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1935

I. — Professeurs

MM.	
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU
Thérapeutique	N...
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	FIESSINGER.
Clinique médicale.....	Maur. VILLARET
	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants.....	LEREBoullet
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique.....	SERGEANT
Clinique de la Tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire.....	MOCQUOT
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
BENARD Henri	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique
DOGNON	Physique.	JOANNON	Hygiène.
FEY	Urologie.	LABBE Henri...	Chimie biologique.
GALLIARD	Parasitologie.	LACOMME	Obstétrique.
GASTINEL	Bactériologie.	LANTUEJOUÉ ..	Obstétrique.
DE GAUDART ..	Pathologie chirurgicale	LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
D'ALLAINES.			

MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^e J.).. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique
 PETIT-
 DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT..... Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-
 LEMAIRE.... Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI
 ALAJOUANINE
 AUBERTIN . .
 BRULE
 CHABROL
 CHIRAY
 DONZELOT
 DUVOIR
 HARVIER
 LIAN
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur).
 SEZARY

Clinique médicale.

MM.

BASSET
 BROCC
 CADENAT
 GATELLIER ...
 HEITZ-BOYER .
 MOURE
 QUENU
 SCHWARTZ
 VELTER
 ECALLE.....
 GUENIOT
 LE LORIER.....
 LEVY-SOLAL ..
 METZGER

Clinique chirurgicale

Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé. Education physique
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND GREGOIRE
Officier de la Légion d'honneur
Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris

Qu'il veuille bien trouver ici
l'hommage de notre profonde gra-
titude pour les enseignements qu'il
nous a donnés, en même temps que
nos remerciements pour le très
grand honneur qu'il nous fait en
acceptant la présidence de cette
thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROGER COUVELAIRE

*Chef de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris*

Qui, après nous avoir inspiré
cette thèse, a bien voulu nous aider
de ses précieux conseils. Qu'il nous
soit permis de lui exprimer notre
sincère reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN DONATO

*Officier de la Légion d'honneur
Chef de Laboratoire de la Faculté de Médecine
(Clinique d'Hygiène de la première enfance)*

Par ses précieux encouragements
et son appui moral, il nous a aidé
à une heure difficile à parvenir au
terme de nos études.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX D'ALGER ET DE PARIS

A MES AMIS :

BLINDER, CHAROLLAIS, DELARUE, VIGUIÉ, DE VILLENEUVE

PÉRITONITES PAR PERFORATION DE PYONEPHROSES NON TUBERCULEUSES

INTRODUCTION

Nous devons à l'obligeance de M. le Docteur R. COUVELAIRE la communication d'une intéressante observation de péritonite par perforation de pyonéphrose droite.

Cette observation, qui constitue la base de notre travail, présente de l'intérêt à des titres divers.

En premier lieu, elle concerne un fait rare, comme nos recherches dans la littérature médicale ont pu nous en convaincre.

Elle témoigne, en outre, d'un fait sinon nouveau, du moins non mentionné dans les classiques modernes : à savoir la possibilité d'ouverture directe d'une pyonéphrose dans le péritoine avec intégrité de l'atmosphère graisseuse.

Il ressort en effet de la lecture des traités que les différentes suppurations rénales et les pyonéphroses en particulier, lorsqu'elles rompent la capsule propre, déterminent d'abord un phlegmon périnéphrétique, lequel peut évoluer vers la séreuse s'il s'est développé en avant du rein.

Enfin, la méconnaissance d'un passé rénal dans la plupart des cas, pose un problème diagnostique singulièrement ardu que, souvent, l'intervention seule permet de résoudre.

Dans ce travail, nous nous proposons successivement d'exposer l'histoire de la question, de résumer les diverses observations que nous avons recueillies, de rechercher les caractères anatomiques et cliniques de cette variété de péritonite par perforation, enfin d'esquisser une étude de la pathogénie et du traitement.

HISTORIQUE

La péritonite d'origine rénale était probablement connue d'HIPPOCRATE puisque, d'après COLIN (*Thèse*, Paris, 1876), « il montrait la possibilité d'ouverture d'un abcès du rein dans le péritoine et dans le bassin ».

C'est BONET, cité par RAYER, qui paraît avoir publié les premières observations connues. RAYER consacre quelques pages de son *Traité des Maladies des Reins* (1839) à cette complication des pyélites calculeuses : « l'inflammation du péritoine, dit-il, peut survenir soit à la suite d'une perforation de la poche rénale, soit comme conséquence d'une contusion ou d'une distension de cette même poche ou de toute autre cause qui provoque une nouvelle inflammation autour de la tumeur ou dans son intérieur ». Sous le titre « Fistules uropéritonéales », le même auteur rapporte le cas de cette malade observée par DUPUYTREN, chez laquelle on trouva à l'autopsie des lésions de péritonite généralisée secondaires à une perforation de pyonéphrose ; fait curieux, l'on n'avait relevé, au cours de la maladie, aucun symptôme péritonéal. Faut-il voir là, plutôt qu'une péritonite à marche chronique justifiant le terme de fistule employé par RAYER, l'une de ces formes insidieuses que nous décrivons plus loin et qui surviennent chez des azotémiques ?

LE DENTU (*Traité des affections chirurgicales des reins*, 1889) considère comme relativement fréquente

la péritonite à la suite des pyélites calculeuses, très rare au contraire celle qui complique les phlegmons périnéphrétiques.

Notons qu'aujourd'hui cette complication est regardée d'une façon presque exclusive comme l'apanage des phlegmons pré-rénaux.

En 1899, ROCHER (de Bordeaux) publie un cas d'uro-pyonephrose rompue dans le péritoine. Mais s'agit-il d'une perforation spontanée ou d'une rupture traumatique ? Le cas est douteux.

En 1914, HOFFMANN, traitant des dangers de l'emploi du collargol dans la pyélographie, signale une perforation de pyonephrose gauche dans l'arrière-cavité des épiploons, à la suite d'une injection intra-pyélique de ce produit.

Au cours de ces vingt dernières années, des observations ont été publiées par MICHEL et ARTAUD en France, T. G. ILITYD JAMES en Angleterre ; MITTERSTILLER, GOTTSTEIN, BAKAY, GRAUHAN, HÜBENER, ROST, HAMMEL, en Allemagne.

TOURTOU (*Thèse*, Paris, 1924) insiste sur le caractère insidieux de la péritonite par perforation spontanée des voies urinaires chez les vieux urinaires.

FUMERY (*Thèse*, Paris, 1927), au travail duquel nous empruntons deux observations, décrit des formes franches, qui réalisent le « drame de la perforation ». Pour lui, c'est, en règle, par l'intermédiaire d'un phlegmon périnéphrétique que les suppurations rénales se font jour dans la cavité péritonéale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Docteur R. COUVELAIRE)

Le 19 octobre 1934, à 21 heures, une malade âgée de 40 ans est hospitalisée d'urgence dans le service de notre maître, M. le Professeur R. GRÉGOIRE, pour crise douloureuse abdominale brutale, bientôt suivie d'atteinte sévère de l'état général.

Cette malade nous apprend que, brusquement, dans la matinée, elle a violemment souffert au niveau du flanc droit, qu'elle a vomi et que, depuis ce moment, les douleurs persistent aussi vives et tendent à s'étendre à tout l'abdomen.

Elle indique spontanément l'hypocondre droit sous le rebord costal comme siège maximum des phénomènes douloureux.

En fait, la crise douloureuse actuelle n'est que la dernière d'une série de crises analogues moins alarmantes ayant débuté en juillet 1934, soit trois mois auparavant. C'est, en effet, à cette époque que, pour la première fois, la malade ressent dans le flanc droit, un peu au-dessus de la crête iliaque, des douleurs sourdes, sans irradiation aucune.

Les urines semblaient normales, nous dit-elle, mais les mictions étaient parfois douloureuses et certaines crises déterminaient une envie impérieuse d'uriner.

La période menstruelle de juillet fait défaut. Au bout d'un mois, les douleurs disparaissent spontanément. Cette accalmie dure tout le mois d'août. En septembre, reprise des douleurs et légère élévation thermique persistante (38°).

Enfin, dans les jours qui ont précédé la crise douloureuse actuelle, quelques prodromes nets font leur apparition : douleurs plus vives, un vomissement, fièvre légère, fatigue.

Aucun autre antécédent pathologique n'est digne d'être noté. Cette malade a toujours joui d'une santé excellente. Elle est mère de trois enfants bien portants.

Lorsque nous l'examinons, l'atteinte de l'état général est frappante : facies altéré, pouls mauvais battant à 130, fièvre élevée (39°5).

L'abdomen respire, mais dès qu'on le palpe, la paroi se défend. La douleur est maximum dans l'hypocondre droit où existe une contracture véritable du grand droit. La percussion ne fournit aucun renseignement probant. Le toucher vaginal met en évidence un utérus de volume normal, mobile et une douleur du cul-de-sac de Douglas qui est dépressible.

Etant donné la présomption, d'après l'histoire, d'une atteinte rénale possible, les fosses lombaires sont soigneusement explorées. Elles sont indolentes et souples. Ce fait nous semble d'autant plus digne d'être noté que nous nous sommes attardé à cet examen.

Les urines prélevées par sondage sont claires.

L'origine rénale des accidents apparaît donc improbable. Nous songeons, étant donné la douleur du Douglas, l'arrêt menstruel de juillet, à la possibilité d'une péritonite diffuse d'origine pelvienne. Mais la

prédominance de la douleur et de la contracture dans l'hypocondre droit, la brusquerie des accidents, la fièvre élevée nous font présumer devant cette péritonite diffuse évidente, une origine soit appendiculaire, soit vésiculaire. Nous décidons d'intervenir sans retard.

Compte rendu opératoire.

Opérateur : R. COUVELAIRE ; Aide : H. MUTRICY.

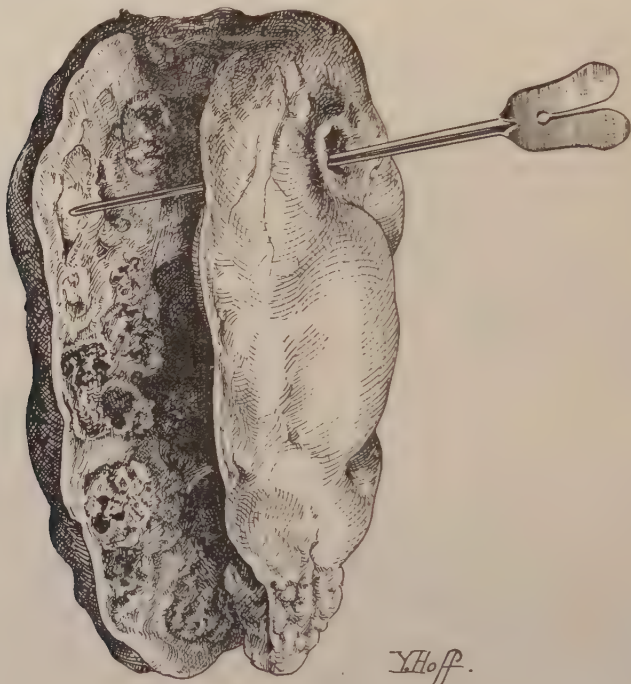
Anesthésie générale au mélange de Schleich. Incision le long du bord externe du grand droit (côté droit). Du pus libre, malodorant et abondant, fait issue dès l'ouverture de la cavité péritonéale.

On cherche immédiatement l'origine de cette péritonite. La vésicule est saine. Très vite, on se rend compte qu'il existe derrière le péritoine pariétal postérieur, une masse importante qui saille en avant, refoule en dedans duodénum et côlon et atteint la fosse iliaque droite. La découverte d'un orifice de la taille d'une pièce de 50 centimes par où le pus s'écoule en bavant affirme la perforation en péritoine libre d'une lésion suppurée rétro-péritonéale.

La main passée dans l'abdomen s'assure du rein opposé. On le sent nettement et son volume semble normal. Le péritoine pariétal est incisé le long du bord externe de la masse. On extériorise ainsi une volumineuse pyonéphrose sans atteinte de l'atmosphère graisseuse péri-rénale. Sa libération est aisée. L'uretère filiforme est sectionné. Néphrectomie. Mikulicz au contact. Fermeture en un plan de la partie basse de l'incision.

Les suites opératoires immédiates sont rassurantes. L'état général s'améliore sensiblement. Le pouls se ralentit. La température, de 39°5, descend à 37°5. Le facies est meilleur. Tout permet d'espérer des suites

favorables, lorsque, le quatrième jour, apparaît brusquement un foyer pulmonaire de la base droite avec point de côté violent, reprise de la fièvre, altération brutale du pouls et mort rapide.



Pièce opératoire (R. COUVELAIRE)

Pyonéphrose calculeuse (rein droit), perforée à son pôle supérieur, et communiquant directement, grâce à cette perforation, avec la grande cavité péritonéale.

Le rein a été ouvert en deux valves par son bord convexe.

Autopsie.

Il existe un peu de liquide résiduel dans le Douglas. La fosse lombaire, du côté opéré, ne présente rien

à noter. Foie, rate, rein gauche sont normaux. Les deux poumons sont le siège de lésions importantes : sommet gauche en état d'hépatisation grise, foyers miliaires suppurés de la base droite.

Examen de la pièce opératoire.

Le rein extirpé est doublé de volume. Il existe quelques larges bosselures à sa surface. Une perforation ayant le diamètre d'une pièce de 50 centimes siège au pôle supérieur du rein. Ses bords sont réguliers, comme tracés à l'emporte-pièce. Ils sont légèrement noirâtres à la périphérie. Cette perforation communique à plein canal avec le calice supérieur très dilaté. Les voies excrétrices sont remplies de pus où siègent trois calculs. Le parenchyme rénal est altéré au point qu'il est difficile d'en retrouver des zones paraissant saines.

L'examen histologique de la pièce ne révéla aucune lésion tuberculeuse. Il est donc permis d'intituler cette observation: *Perforation en péritoine libre d'une pyonéphrose calculeuse.*

Observations publiées (résumées)

OBSERVATION II (I. G. ILITYD JAMES)

Une femme âgée de 67 ans, à passé calculeux (extraction d'un calcul vésical deux ans auparavant), entre pour violente douleur abdominale avec vomissements.

Depuis trois semaines, elle se plaignait d'une douleur sourde, assez modérée, de la région lombaire

gauche ; le jour précédent son admission, elle fut prise d'une douleur subite, atroce, dans le flanc gauche, bientôt irradiée à tout l'abdomen.

A l'examen, signes de péritonite généralisée, ventre de bois ; on perçoit dans le flanc gauche une masse indurée, étendue du rebord costal gauche à la fosse iliaque et, en arrière, à la région lombaire du même côté.

Les urines contiennent albumine et pus en quantité.

L'histoire et les signes physiques suggéraient le diagnostic de péritonite généralisée due à la rupture d'une pyonéphrose.

Opération le jour même, à l'anesthésie locale.

A l'ouverture de l'abdomen, issue de pus abondant, fétide. On introduit un gros drain sus-pubien. Une incision lombaire gauche révèle une volumineuse pyonéphrose : ouverture et drainage de cette poche, l'état général précaire contre-indiquant la néphrectomie. Mort le lendemain.

L'autopsie révèle une péritonite généralisée ; à gauche, rein volumineux pyonéphrotique ; gros calcul enclavé dans le bassinet et la partie supérieure de l'uretère. Une perforation de la largeur d'une pièce de trois penny siège à la face antérieure, au voisinage du pôle inférieur, menant directement de la cavité péritonéale dans la cavité d'un calice très dilaté.

OBSERVATION III

(Rost)

Un homme de 37 ans, déjà traité pour syphilis et blennorrhagie, souffre depuis quatorze jours de douleurs dans l'hypocondre droit, avec fièvre ; le 19 juil-

let, la douleur devient soudain très vive et le malade entre à l'hôpital.

A l'entrée, température 39°3, pouls 120, facies péritonéal ; agitation ; vives douleurs dans l'hypocondre droit. Défense de la paroi à ce niveau, ailleurs ventre dépressible, quoique météorisé. Région lombaire droite très sensible.

Cathétérisme urétéral : urètre droit obstrué à 5 cm. au-dessus de la vessie, pas d'urines de ce côté.

On porte le diagnostic de rein droit suppurant, avec occlusion urétérale lithiasique. La sensibilité du quadrant abdominal supérieur droit fait penser à une atteinte péritonéale : mais s'agit-il d'une propagation de la suppuration rénale (par exemple rupture d'un abcès rénal intra-péritonéale) ? Ou bien, le rein droit étant détruit depuis longtemps, la vésicule ou l'appendice sont-ils responsables de l'inflammation péritonéale ?

Le tableau clinique engage à intervenir dans l'hypocondre droit. Incision le long du rebord costal : après avoir écarté des anses non adhérentes, on aperçoit un orifice infundibuliforme du péritoine pariétal postérieur par où s'échappe un jeu de pus. Cet orifice mène directement à l'intérieur du rein ; on se contente d'un drainage péritonéal.

La fièvre tombe rapidement ; quatorze jours après néphrectomie aisée ; on s'est assuré au préalable du bon fonctionnement du rein gauche. Guérison parfaite.

Le rein enlevé est totalement détruit ; calculs du bassinet et de l'urètre, pas d'abcès de la graisse périrénale.

OBSERVATION IV
(HAMMEL)

Un serrurier, 35 ans, a présenté, le 30 novembre, une violente douleur du côté gauche de l'abdomen, avec vomissements.

En janvier, constipation opiniâtre. Depuis cette époque, fièvre persistante, douleurs abdominales, atteinte de l'état général. Fin janvier, urines troubles, mictions douloureuses (brûlure urétrale). Il entre le 2 février.

Malade pâle ; facies légèrement péritonéal.

Leucocytes, 16.000. Azote résiduel, 0,034.

Abdomen souple dans l'ensemble ; résistance de la région lombaire gauche à la palpation, sensibilité extrême de cette région. On sent dans l'hypocondre gauche, légèrement tendu, une tumeur grosse comme une tête d'enfant, nettement délimitable vers le haut, sans limite inférieure nette, fluctuante.

Cystoscopie : les parois postérieures et latérales de la vessie sont refoulées par une tumeur externe. L'indigo-carmin intraveineux passe au bout de 5 minutes à droite. A gauche, rien après 10 minutes. La sonde urétrale, à 25 centimètres de hauteur, atteint le bassin ; pas d'urines.

Pyélographie au thorothurst : hydronéphrose, bassin très dilaté, image liquidienne au voisinage de l'ombre rénale, rendant une perforation vraisemblable.

Par le *toucher rectal*, on perçoit une tumeur fluctuante bombant dans le Douglas.

Diagnostic : tumeur ou abcès de la cavité et hydronéphrose secondaire, ou bien pyonéphrose rompue dans la cavité péritonéale.

Le 5 février, incision oblique de l'hypocondre gauche au-dessus du dôme de la tumeur. A l'ouverture de l'abdomen, liquide trouble, non fétide ; les anses adhèrent à la tumeur ; les anses décollées, on tombe sur un vaste abcès s'étendant du pôle inférieur du rein jusqu'au Douglas en suivant le côlon descendant : on ponctionne plusieurs litres de liquide jaune, trouble, ne sentant ni l'urine, ni le colibacille. Le mésentère du grêle est enflammé jusqu'à son insertion, sans soupçon de tuberculose. La paroi postérieure de l'abcès et le côlon descendant sont recouverts d'épaisses fausses-membranes.

En raison du mauvais état général, on se contente d'un drainage antérieur. Amélioration de l'état général. La plaie donne beaucoup les premiers jours. L'indigo-carmin injecté par voie intraveineuse ne passe pas dans le pansement ; par contre, injecté directement dans le bassin, le bleu apparaît à la plaie.

Tous les doutes sur la perforation sont levés.

Le 24 février, néphrectomie. Guérison.

Rein très gros, pas d'abcès péri-rénal, le bassin extra-rénal présente le maximum d'inflammation. Il présente à son pôle inférieur, au niveau d'une plaque scléreuse cicatricielle, une perforation menant directement dans la cavité de l'abcès.

Histologiquement : pyélo-néphrite.

OBSERVATION V (MICHEL et ARTAUD)

La malade, âgée de 65 ans, entre à l'hôpital le 23 novembre 1923, pour péritonite généralisée.

Quatre jours avant son entrée, elle ressent dans la

fosse iliaque droite une douleur en coup de poignard, qui bientôt se généralise ; arrêt des matières et des gaz ; un vomissement.

La malade a maigri considérablement depuis un an ; pas d'autres renseignements.

A l'examen, femme très amaigrie, mauvais état général, pouls 110, température 38°, défense musculaire très marquée, surtout à droite.

Touchers vaginal et rectal négatifs.

Laparotomie : l'abdomen est plein de pus, du diaphragme au petit bassin ; nombreuses fausses membranes ; l'exploration de tout le côlon, de l'appendice, du grêle, de l'estomac, de la vésicule, ne permet pas de trouver de perforation viscérale, ni l'origine de la péritonite ; fermeture et drainage.

Autopsie : l'exploration de la fosse iliaque et la pression à son niveau font sourdre du pus en abondance par un orifice à l'emporte-pièce, des dimensions d'une pièce de un franc ; le doigt introduit par cet orifice pénètre dans une vaste poche, qui est enlevée avec les organes qui lui adhèrent ; la pièce prélevée montre qu'il s'agit d'une volumineuse pyonéphrose adhérente à la deuxième portion du duodénum et à l'angle colique ; au niveau de ce dernier, elle détermine une sténose peu serrée. La poche présente un orifice qui s'ouvre en péritoine libre à travers le méso côlon ascendant. A l'intervention, perforation inaperçue, parce que vraisemblablement masquée par de fausses membranes.

OBSERVATION VI (HÜBENER)

Une femme entre pour syndrome péritonéal, mauvais état général, langue sèche, ventre ballonné, dou-

leurs prédominant à droite, sans localisation précise. Région rénale droite ~~non~~ douloureuse.

Les antécédents n'éclairent pas l'étiologie : en 1930, elle aurait eu une néphrite dont elle n'a jamais été bien remise.

Jamais de troubles abdominaux.

Le jour de son admission, soudaine et violente douleur du côté droit, avec vomissements.

Laparotomie : incision à droite, le long du bord externe du grand droit, les anses du quadrant supérieur droit sont enflammées, le péritoine pariétal postérieur très enflammé, infiltré, épaissi. Pas de dépôts fibrineux. La vésicule, l'estomac, l'intestin, l'appendice, ne montrent pas de perforation.

On se reporte au péritoine pariétal postérieur, étant donné son aspect, et on y trouve une perforation du diamètre d'une lentille, située sur une tumeur de la grosseur du poing, incluse dans des adhérences inflammatoires et apparemment rétro-péritonéale. Comme elle paraît responsable de la péritonite, on l'enlève.

Il s'agissait d'un gros rein pyonéphrotique, avec gros calculs dans le bassinet.

La graisse périrénale est intacte.

Guérison sans complications.

L'examen ultérieur de la fonction du rein gauche l'avait révélée heureusement normale.

OBSERVATION VII (SAUERBRUCH)

Uropyonéphrose rompue dans la cavité péritonéale
Néphrectomie primitive, guérison.

OBSERVATION VIII

(BAKAY)

Pyonéphrose rompue dans la cavité péritonéale.
Intervention sur le diagnostic d'appendicite.
Pas d'autres détails.

OBSERVATION IX

(BAKAY)

Pyonéphrose rompue dans la cavité péritonéale.
Intervention sur le diagnostic de perforation vésiculaire.
Pas d'autres détails.

OBSERVATION X

(MARTINS)

Intervention sur le diagnostic de « Kyste hydatique suppuré ». On trouve une pyonéphrose ouverte dans la cavité péritonéale.
Néphrectomie, guérison.

OBSERVATION XI

(HULK)

Un cas sans détails, rapporté par SPRENGEL.

OBSERVATION XII

(Th. FUMERY).

Mme R..., 35 ans, entre pour douleurs lombaires droites, avec pollakyurie et pyurie.

Antécédents. — Depuis plusieurs années, crises néphrétiques droites; depuis deux ans, troubles de la miction; pollakyurie, douleurs à la miction. Peu à peu les urines sont devenues franchement troubles.

A l'entrée. — Température entre 39° et 40°; teint jaunâtre, diarrhée. Mictions douloureuses, urines purulentes.

A droite, contracture nette de la région lombaire.

En avant, légère défense musculaire. Malgré cela on arrive à percevoir le rein droit, volumineux, douloureux.

Cystoscopie : cystite banale; rétention trouble du rein droit (18 cc.).

Radiographie : opacité de calcul à gauche.

Pendant quatre jours, état assez grave, grandes oscillations thermiques, pouls petit, rapide. La région lombaire droite reste contracturée et douloureuse, aucun phénomène intestinal n'attire l'attention en avant.

Sur le diagnostic de phlegmon périnéphrétique, on incise la région lombaire droite; ouverture et drainage d'une vaste collection située sur le bord extrême du rein.

Mort.

Autopsie : péritonite purulente généralisée; pas de perforation intestinale ou gastrique. Dans la fosse lombaire droite, le péritoine pariétal postérieur épaissi, qui constitue la paroi antérieure de l'abcès, s'est fissuré en un point.

Rein gauche : cavité purulente avec une mince coque de parenchyme. Calcul du pôle inférieur.

Rein droit, plaqué contre la colonne vertébrale, présente une fissure du bord externe, qui laisse écouler du pus dans la cavité de l'abcès ouvert par lombotomie.

OBSERVATION XIII
(GOTTSTEIN)

Une jeune fille de 28 ans est prise brusquement, huit jours avant son entrée à l'hôpital, de vives douleurs dans la région lombaire gauche; les mictions deviennent douloureuses; constipation.

Elle séjourne trois jours à l'hôpital : on note une pleurésie gauche, nombreux leucocytes dans l'urine, cylindres hyalins et granuleux. Leucocytose 21.000.

Le deuxième jour, diminution extrême des urines.

Le troisième jour, vive douleur abdominale du côté gauche, vomissements, facies péritonéal, ventre contracturé, chute leucocytaire à 4.000. On diagnostique une péritonite par perforation de cause indéterminée.

Laparotomie : Exsudat trouble et fétide dans le Douglas; pus le long de l'anse sigmoïde, du côlon descendant, dans la région splénique. On ne trouve point la cause et on referme sur drainage. Mort le même jour.

Autopsie : péritonite diffuse; les deux reins sont fortement altérés, remplis de pus; perforation du péritoine pariétal postérieur à l'insertion du mésentère en un point qui correspond à la partie supérieure du bassin gauche; cette perforation mène dans un abcès périrénal, que l'on doit admettre secondaire à une perforation de la pyonéphrose.

OBSERVATION XIV
(GOTTSTEIN)

Un homme de 45 ans, dans les antécédents duquel on trouve une hématurie à la suite d'une commotion

de guerre et un calcul extrait par taille haute, entre avec une symptomatologie de colique néphrétique gauche, avec fièvre et vomissements.

Abdomen météorisé, sensibilité à la pression de la région lombaire gauche.

On pense à un iléus par rein lithiasique pyonéphrotique, avec migration de calculs rénaux.

Les douleurs cèdent à la morphine.

Radiographie : ombre en V dans le bassinnet gauche.

Leucocytes 27.000. Poly 98 %.

Chromocystoscopie : à gauche, rien; à droite, l'indigo carmin passe au bout de 18 minutes.

Azote résiduel : 0,072.

Le mauvais fonctionnement rénal contre-indique toute intervention. Un ictère infectieux se déclare peu après. Incision lombaire gauche : issue du pus d'un abcès périnéphrétique.

Mort peu après.

Autopsie : péritonite diffuse prédominant dans la région splénique et au niveau du lobe gauche du foie. Rein gauche : parenchyme presque totalement détruit, pyonéphrose lithiasique. Une perforation du bassinnet, due à un calcul en V a entraîné un abcès périnéphrétique.

La péritonite est-elle le fait d'une simple propagation ou d'une perforation du péritoine pariétal postérieur; la perforation, plus vraisemblable, reste hypothétique néanmoins.

OBSERVATION XV
(Th. FUMERY, résumée).

Mme S..., 36 ans, a subi une intervention au mois de septembre 1919 : néphrectomie droite, ablation de deux calculs. Elle souffrait depuis longtemps de crises douloureuses lombaires droites, puis gauches, du type coliques néphrétiques. L'opération a été bien supportée.

Elle rentre le 12 février 1920 avec un état général déplorable, et succombe quelques heures après son arrivée.

A l'autopsie : péritonite purulente généralisée.

Rein droit petit, petits calculs dans le calice inférieur. Le flanc gauche est occupé par une énorme masse fluctuante qui s'ouvre dans le péritoine par un large orifice situé au milieu de la fosse iliaque interne. Ce vaste phlegmon est développé derrière le rein gauche, volumineux, avec un énorme bassinnet extra-rénal, sur la face postérieure duquel on trouve un large orifice admettant l'index. Gros calculs dans le bassinnet. Noter ici que le stade péritonéal, terminal, n'a eu aucune expression propre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans tous les cas, sauf dans l'observation XV où l'on peut se demander si la péritonite ne fût pas le fait d'une simple propagation de l'infection, il existe un orifice du péritoine pariétal par où le pus se déverse dans la grande cavité : il s'agit donc de *péritonites par perforation*.

Toutefois, l'état de l'atmosphère graisseuse périrénale, variable suivant les cas, permet de distinguer deux groupes de faits; dans le premier, dont l'observation I fournit le type, il existe un orifice unique, uro-péritonéal, mettant en communication directe l'intérieur de la poche pyélo-rénale avec le péritoine; dans le second (Obs. XII, XIII, XIV et XV) les perforations rénale et péritonéale sont distinctes, avec un phlegmon périnéphrétique intermédiaire.

Nous étudierons successivement :

- 1° La perforation,
- 2° les lésions rénales,
- 3° la péritonite.

1° LA COMMUNICATION RÉNO-PÉRITONÉALE.

Elle peut se faire de deux façons :

- a) Par ouverture directe uro-péritonéale.

Elle siège soit sur la face antérieure du rein, au voisinage du pôle inférieur (obs. II), soit sur la face anté-

rieure d'un volumineux bassinnet extra-rénal, également au voisinage du pôle inférieur (obs. III et IV), rarement sur la face antérieure du pôle supérieur d'un rein ptosé (obs. I).

Dans les autres observations, le siège n'est pas précisé. Les dimensions sont variables : une lentille, une pièce de cinquante centimes, l'index...

Les bords de l'ulcération sont constitués par du tissu rénal ou la paroi pyélique amincis, sphacelés.

La graisse périrénale n'est pas infiltrée, sauf dans l'observation IV, où la perforation siège au niveau d'une plaque scléreuse cicatricielle.

Après laparotomie, la perforation se présente comme un orifice infundibuliforme du péritoine pariétal postérieur par où s'échappe un jet de pus; elle siège au niveau d'une fosse lombaire; on l'a vu se produire à travers le méso-côlon ascendant (obs. V).

b) Par ouverture indirecte à travers la poche d'un phlegmon périnéphrétique.

La perforation rénale a un siège variable : bord externe du rein (obs. XII), face postérieure du bassinnet (obs. XIII). L'orifice péritonéal peut siéger au niveau du rein, ou plus bas, quelquefois en pleine fosse iliaque; il répond à la masse fluctuante rétro-péritonéale, généralement volumineuse, du phlegmon. A son niveau, le péritoine est parfois épaissi, infiltré, d'aspect lardacé, ou recouvert de fausses membranes.

2° LES LÉSIONS RÉNALES :

Ce sont les lésions habituelles des pyonéphroses et leur description n'entre pas dans le cadre de cette étude. Signalons cependant que dans l'observation II l'ulcération s'est constituée sur la paroi d'un calice

extrêmement dilaté et rempli d'un magma purulent, qui occupait tout le pôle inférieur du rein.

La lésion originelle est fréquemment la lithiasé; on la retrouve huit fois. Dans un cas de GOTTSTEIN, un calcul en V du bassinet est au contact de la perforation.

3° LA PÉRITONITE :

a) presque toujours il s'agit d'une *péritonite diffuse*.

Les lésions ne présentent rien de bien particulier : ce sont celles des péritonites purulentes : hyperhémie des anses, dépoli de la séreuse, dépôts de fibrine plus ou moins abondants, distension des anses traduisant l'atonie de la musculéuse.

Notons toutefois un caractère à peu près constant, l'abondance du pus, qui tient évidemment moins à la péritonite elle-même qu'à sa cause, c'est-à-dire la rupture de la vaste poche purulente qui déverse sans cesse son flot dans le péritoine.

Tantôt le pus est bien lié, tantôt c'est un liquide jaunâtre, trouble; deux fois on note sa fétidité (obs. I et II); l'odeur urineuse, jamais constatée à l'ouverture de l'abdomen, imprégna parfois le pansement de la plaie abdominale dans les jours qui suivirent l'intervention (obs. IV).

b) Le seul cas de *péritonite enkystée* (obs. IV) nous montre un volumineux abcès péritonéal étendu du pôle inférieur du rein au cul-de-sac vésico-rectal. Les parois en sont constituées par des anses adhérentes et des dépôts épais de fibrine.

PATHOGENIE

Nous essaierons de résoudre les problèmes suivants : pourquoi cette complication des suppurations rénales est-elle si rare ? Certains facteurs la favorisent-ils et lesquels ? Quel en est le mécanisme ?

I. — Rareté, ses causes

La cavité péritonéale est protégée contre l'irruption du pus d'origine rénale par une série de formations et d'organes.

Le *Cortex rénal* résiste remarquablement à la fois à la distension et à la destruction suppurative : « même réduit à l'épaisseur d'une feuille de papier, il protège encore l'extérieur contre l'invasion du pus » (ILITYD JAMES).

Le *péritoine* constitue un excellent « écran protecteur » ; de plus la paroi antérieure de la loge rénale se trouve renforcée par le feuillet fibreux qui résulte de l'accolement du péritoine colique au péritoine pariétal postérieur.

La *périnéphrite scléreuse* qui se développe plus ou moins vite au contact du rein suppurant, joue le rôle d'un obstacle supplémentaire quand elle existe.

Qu'une suppuration particulièrement agressive vienne à franchir cortex et péritoine, elle trouve enco-

re au-devant d'elle les *différents organes* qui répondent à la face antérieure du rein.

Ce sont, à droite, l'angle colique droit, le duodénum et le foie; à gauche, le côlon, la rate, l'estomac et le pancréas.

Les rapports particulièrement étendus avec le côlon et le duodénum expliquent que l'ouverture à l'intestin soit l'éventualité la plus fréquente.

II. — Les facteurs favorisants

1° C'est d'abord le *caractère agressif de la suppuration* (FUMERY).

Dans les pyonéphroses, c'est certainement à la faveur de la rétention totale, ou d'une rétention partielle dans un calice que la virulence des germes s'exalte, parfois d'une façon si intense qu'il n'en résulte plus à proprement parler une destruction pyogénique, mais un processus de nécrose aboutissant à un véritable sphacèle des plans anatomiques rencontrés (obs. I et II).

2° Le siège de la perforation au *voisinage du pôle inférieur du rein* : c'est à ce niveau que la face antérieure du rein apparaît le plus libre des rapports, surtout à gauche; ce siège est de règle en cas d'ouverture directe, lorsque l'organe est en situation normale et la poche de moyen volume.

Toutefois, lorsqu'il s'agit d'une pyonéphrose du type uropyonéphrotique, à développement énorme, que les organes prérénaux sont refoulés, la tumeur acquiert une large surface de contact avec le péritoine, la perforation peut siéger plus haut.

Notons encore que dans son tiers supérieur, au-

dessus de l'insertion du méso-côlon transverse, la face antérieure du rein gauche répond à l'arrière cavité des épiploons : d'où la possibilité de péritonites enkystées de cette arrière-cavité par ouverture d'un abcès à ce niveau. (TESTUT et JACOB, observ. d'HOFFMANN).

3° *Le développement d'un phlegmon prérénal :*

Le pus s'étale et peut « contourner l'obstacle » soit latéralement (perforation du péritoine pariétal à l'intérieur du cadre colique), soit en fusant vers le bas et alors l'ouverture a lieu en pleine fosse iliaque.

4° Enfin, on a observé parfois une *disposition anatomique anormale* :

défaut d'accolement du côlon,
rein ptosé en situation pelvienne.

III. — Mécanisme

De tout ce qui précède, il ressort nettement que l'on peut distinguer deux modes d'ouverture :

L'ouverture en deux temps, la plus fréquente, avec phlegmon prérénal intermédiaire.

L'ouverture directe, exceptionnelle.

CLINIQUE

Les signes sont ceux d'une péritonite par perforation, mais le tableau clinique varie suivant les circonstances dans lesquelles a lieu cette perforation.

A. - Formes frustes

Classons à part les formes frustes qui sont assez fréquentes à en croire TOURTOU. Bien qu'il y ait perforation et que la péritonite qui en résulte emporte rapidement le malade, rien n'attire l'attention du côté du péritoine (obs. XII, XIII, XV).

Il s'agit généralement de suppurations anciennes, ayant altéré profondément les reins; ces malades sont des azotémiques et ceci explique que les manifestations péritonéales soient atténuées comme le sont fréquemment d'ailleurs diverses manifestations morbides dans l'urémie (pneumonie, péricardite, etc...).

FUMERY et surtout TOURTOU ont bien décrit ces formes sur lesquelles nous ne nous étendrons pas davantage.

B. - Formes franches

Dans les formes franches le tableau est dominé par le drame péritonéal.

L'interrogatoire fournit des renseignements précieux en ce qu'il peut parfois mettre en évidence des signes d'atteinte rénale et quelques prodromes péritonéaux. En effet, la péritonite est le plus souvent précédée d'une période de durée variable (quelques jours ou quelques semaines) dans nos observations, marquée par des phénomènes douloureux lombaires parfois modérés, de sorte que le malade a pu continuer à vaquer à ses occupations; parfois très intenses et accompagnés de fièvre, obligeant le malade à s'aliter.

En remontant plus loin, on retrouve des épisodes douloureux et fébriles semblables, quelquefois suivis de polyurie trouble, de signes de cystite, etc... Chez certains malades les phénomènes sont restés strictement abdominaux et jamais l'attention n'a été attirée sur la région lombaire (obs. I et II).

Fréquemment, enfin, l'on trouve des accidents révélateurs de la lithiase, crises douloureuses typiques, hématuries provoquées, émission de calculs ou de sable urinaire; parfois le malade a subi une intervention pour calculs.

En résumé, il s'agit d'un syndrome abdominal brutal précédé de douleurs lombaires variables dans leur intensité, accompagnées ou non de signes rénaux plus explicites.

EXAMEN :

Les signes d'atteinte péritonéale dominent le tableau clinique au point de faire souvent méconnaître l'origine rénale des lésions.

Il importe, pour la clarté de l'exposé, de dissocier l'études des signes fournis par l'examen.

1° *en signes péritonéaux, constants,*

2° *en signes d'atteinte rénale, variables.*

1° *Les signes péritonéaux.*

Ce sont ceux d'une péritonite diffuse. Le facies est altéré, la température élevée (39°, 40°), le pouls petit, rapide (120, 130).

La douleur est localisée d'abord, fréquemment au niveau de l'hypocondre, rarement dans le flanc (obs. II), ou la fosse iliaque (obs. V); elle se généralise ensuite à tout l'abdomen; les mouvements respiratoires l'exagèrent. Les vomissements et la constitution sont de règle.

Le ventre est tendu, la paroi contracturée.

Il existe de la sensibilité du Douglas au toucher vaginal ou rectal.

La respiration est difficile, la langue sèche, fuligineuse.

2° *Les signes d'atteinte rénale.*

a) Ils peuvent être totalement inexistants.

C'est le cas des observations I et VI.

Dans l'observation I, la fosse lombaire fut soigneusement examinée, elle était souple et indolente, comme si la vidange de la rétention rénale avait suffi à faire disparaître le gros rein et la sensibilité rénale.

Dans ce cas le diagnostic d'origine est pratiquement impossible.

b) Ils peuvent être nets et précis.

Rarement c'est une tumeur douloureuse, présentant le contact lombaire (obs. II).

Plus souvent l'on trouve de la sensibilité à la palpation de la région lombaire, parfois une sensation de « résistance », de la contracture.

EVOLUTION.

La mortalité est constante si une intervention appropriée ne tente pas le traitement de la péritonite et de sa cause.

En mettant à part les formes insidieuses, où l'intervention fut dirigée uniquement sur le rein, on trouve sur 11 malades opérés : 4 morts, 5 guérisons, 2 cas dont on ignore l'issue.

La mort n'est pas toujours le fait de la péritonite; dans l'observation I, où l'on pratiqua un traitement logique, la malade mourut vraisemblablement de complications pulmonaires, vérifiées à l'autopsie, après une remarquable amélioration des trois premiers jours.

En conclusion, la gravité de cette complication des pyonéphroses est indiscutable.

DIAGNOSTIC

Il est généralement très difficile, sinon impossible.

Il a été fait une fois sur quinze cas, mais il existait alors un ensemble symptomatique rarement réalisé (obs. II).

Dans deux cas, on a pu soupçonner la cause, en s'aidant d'examens divers (obs. II et IV). Le cas de péritonite enkystée mis à part, tout retard dans l'intervention en diminue les chances de succès; c'est dire que cystoscopie, cathétérisme urétéral, pyélographie ne sauraient être mis en œuvre qu'exceptionnellement.

En règle, les éléments du diagnostic sont fournis par l'examen clinique.

Deux éventualités sont à considérer.

I. — LES SIGNES SONT CEUX D'UNE PÉRITONITE DIFFUSE :

C'est l'éventualité presque toujours observée.

1° *Les signes péritonéaux ne sont pas accompagnés de signes lombaires.*

S'il n'existe pas d'antécédents rénaux nets et surtout d'examens antérieurs de spécialité affirmant la lésion rénale, l'erreur est la règle. L'on porte alors un diagnostic de probabilité basé sur le siège de la douleur de début, la prédominance des symptômes dans telle ou telle région de l'abdomen : perforation d'ul-

cus, perforation vésiculaire (obs. I, III, VI, IX), appendiculaire, annexielle.

2° *Il existe des signes lombaires.*

a) *On perçoit une tumeur.* — La recherche des signes propres à la pyonéphrose, contact lombaire, bande de sonorité antérieure, peut présenter des difficultés; on doit différencier la tumeur rénale d'avec une grosse vésicule biliaire (il y a parfois de l'ictère qui peut induire en erreur, obs. XV), un kyste hydatique du foie à développement sous-hépatique (erreur commise par MARTINS, obs. X), un kyste de l'ovaire pédiculé, etc.

b) *Il existe de la contracture lombaire,* ou seulement une douleur nette provoquée à la palpation de l'angle costo-vertébral.

Le diagnostic est possible, mais il y a encore des causes d'erreur.

La simple lithiase, le phlegmon périnéphrétique peuvent s'accompagner d'une réaction péritonéale qu'il convient de ne pas prendre pour une péritonite; l'erreur a été commise par des chirurgiens avertis.

L'hématome périrénal spontané affecte parfois une physionomie péritonéo-intestinale si nette que l'on a pu, partant sur le diagnostic d'une péritonite ou d'iléus, ouvrir l'abdomen pour constater que le mal était extra-péritonéal (FLANDRIN et LUQUET).

La rupture spontanée d'hydronéphrose, avec épanchement rétro-péritonéal, peut déterminer également l'apparition d'un syndrome péritonéal (Hans GOSLA SKARBY).

Nous dirons toutefois, avec FUMERY, que, lorsqu'il y a doute, il vaut mieux faire une laparotomie blanche que passer à côté d'une perforation.

II. — LES SIGNES SONT CEUX D'UNE COLLECTION PÉRITONÉALE SUPPURÉE ET ENKYSTÉE :

Il en existe une seule observation, celle de HAMMEL. Rappelons que, dans ce cas, l'on percevait simultanément une tumeur abdominale gauche et une collection liquide pelvienne; le diagnostic resta en suspens : tumeur ou abcès pelvien et hydronéphrose secondaire, ou pyonéphrose rompue en péritoine cloisonné.

La pyélographie montrant une image liquidienne à côté de l'ombre rénale paraissait en faveur de la deuxième hypothèse.

Après l'intervention, le passage dans le pansement du bleu porté directement dans le bassinnet par la sonde urétérale leva tous les doutes sur la perforation.

Diagnostic opératoire

Certains auteurs, par emploi d'incisions trop petites ou par défaut d'exploration, ont méconnu l'origine de la péritonite et perdu leurs malades. Il importe donc, parmi les péritonites par perforation, de connaître celles rares d'origine rénale et de savoir y penser lorsqu'on ne trouve à l'intervention aucune des causes habituelles de perforation.

TRAITEMENT

Il est chirurgical et ne peut être que tel.

Il est urgent et doit être exécuté sans retard; ici encore, comme dans toute péritonite, la précocité de l'acte opératoire joue un grand rôle dans le pronostic.

Nous étudierons successivement les diverses méthodes employées, leurs résultats, la conduite à tenir dans une semblable éventualité.

I. — Quelles furent les méthodes employées

1° *La néphrectomie primitive.*

Elle a été employée quatre fois (obs. I, VI, VII, X), suivie trois fois de guérison, une fois de mort (obs. I).

C'est une opération logique, car elle supprime la cause de la péritonite, elle traite simultanément l'origine de la péritonite et la lésion rénale.

Mais elle n'est pas sans inconvénients; c'est une opération shockante, que l'on a pu hésiter à pratiquer en raison de l'état général précaire du malade (obs. II); C'est aussi une opération hasardeuse, en raison de l'ignorance où l'on est souvent de l'état du rein opposé.

En règle, la méconnaissance de l'origine rénale ayant conduit à traiter la péritonite en premier, elle fut exécutée par voie transpéritonéale.

2° *Le simple drainage de la cavité abdominale, suivi de néphrectomie secondaire.*

L'on se borna trois fois au drainage abdominal, deux fois en raison de l'état général (obs. III et IV), une fois parce que la perforation était passée inaperçue (obs. V); deux malades s'améliorèrent et guérirent après néphrectomie secondaire, le troisième mourut le lendemain.

Notons toutefois que, dans l'un des cas heureux, l'on s'adressait à une péritonite cloisonnée.

De plus, si l'opération est facile, rapide, peu schoc-kante, le gros reproche dont elle est passible est de laisser la cause et par celà même d'être illogique.

3° *Le drainage de la cavité abdominale, associé à la néphrostomie immédiate par voie lombaire.*

Employée par JAMES (obs. II) et suivie de mort le lendemain, cette méthode est facilement défendable chez des sujets âgés, fatigués et surtout à rein difficilement extirpable par suite d'adhérences, de sclérose périrénale, etc.

Elle est encore la méthode de choix, si le rein opposé apparaît gros ou lésé à la simple palpation abdominale.

II. — Comment conduire le traitement

1° Nous envisagerons d'abord le cas habituel où le diagnostic de l'origine rénale n'est pas fait.

A) *L'emploi de l'anesthésie générale* est habituel.

B) *Laparotomie.* — Dans nos différentes observations, c'est le diagnostic porté, le plus souvent inexact, qui détermina le choix de l'incision; celle-ci fut, sui-

vant les cas, médiane (obs. V), parallèle au rebord costal (obs. III), parallèle au bord externe du grand droit (obs. I, VI.)

En fait, on doit préférer celle permettant d'avoir sur le rein un jour suffisant pour l'explorer et, éventuellement, l'enlever.

L'on pourra pratiquer :

soit l'incision médiane simple agrandie à la demande ;

soit l'incision médiane sur laquelle on branche une horizontale à la hauteur de l'ombilic, donnant un jour considérable ;

ou encore l'incision de Cours Bazy, permettant autant les manœuvres extra-péritonéales sur le rein, que les manœuvres péritonéales de découverte de la lésion.

C) *Temps d'exploration.* — Il est capital.

Il comporte l'exploration successive des parois gastriques, de la vésicule, de l'appendice. Notons ici que si le tableau clinique a incité à se porter sur l'appendice par l'incision de Mac Burney, et que l'on trouve cet organe normal, il convient de changer immédiatement de voie d'abord, la première étant manifestement insuffisante.

L'estomac, la vésicule, l'appendice étant reconnus sains, il faut chercher ailleurs la cause de la péritonite, penser à l'origine rénale possible et explorer soigneusement le péritoine pariétal postérieur au niveau des fosses lombaires.

D) *Traitement des Lésions.* — a) Le drainage de la cavité abdominale :

On emploiera soit le drainage sus-pubien, soit le drainage par Mickulicz au contact de la perforation.

b) Le traitement de la lésion rénale :

Il convient de palper d'abord le rein opposé pour s'assurer qu'il existe et qu'il paraît normal.

L'on pourra pratiquer alors le traitement logique c'est-à-dire la néphrectomie; mais si celle-ci apparaît malaisée, si le sujet est très fatigué, on se contentera d'une néphrostomie par voie lombaire.

Dans le cas plus théorique que réel où le diagnostic de l'origine rénale est fait, le traitement logique consisterait :

a) à traiter la lésion rénale : néphrectomie par voie lombaire élargie ;

b) à traiter la péritonite par simple incision sus-pubienne et gros drain.

CONCLUSIONS

I) Les péritonites par perforation de pyonéphroses non tuberculeuses sont rares, mais méritent d'être mieux connues, puisque nous avons pu en réunir 16 observations.

II) Leur allure clinique est celle d'une banale et grave péritonite aiguë diffuse dont l'origine rénale, soupçonnée cliniquement deux fois sur seize cas, risque même de passer inaperçue opératoirement si la connaissance de cette éventualité n'impliquait l'exploration systématique du péritoine postérieur pré-rénal dans toute péritonite dont la cause n'est pas découverte.

III) Leur évolution est sévère : 7 morts, 5 guérisons sur 13 cas, dont les résultats post-opératoires sont connus.

IV) Le traitement ne peut être que chirurgical.

Il doit être précoce et complet et comprend deux actes opératoires : en premier lieu le traitement de la cause de la péritonite, soit par néphrectomie primitive, soit par néphrostomie suivie ou non de néphrectomie secondaire, selon les circonstances, (état général du malade, état du rein atteint, intégrité du rein du côté opposé). En second lieu, le drainage de la grande cavité péritonéale.

LE DOYEN,
ROUSSY

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
GRÉGOIRE.

Vu et permis de l'Académie :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
S. CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- BAKAY. — *Zeitschrift für Urologie*. T. 25, p. 695. 1931.
- COLIN. — Néphrites suppuratives. Thèse Paris 1876.
- LE DENTU. — *Traité des affections chirurgicales des reins*. 1889.
- FLANDRIN et LUQUET. — « Un cas d'hématome péri-rénal spontané ». *Journal d'Urologie*, juillet 1934.
- FUMERY. — « Péritonites d'origine rénale; à propos de deux cas récents ». Thèse Paris 1927.
- GOTTSTEIN. — *Zentralblatt Chir.*, p. 2535 (1929), et p. 1876 (1930).
- GRAUHAN. — *Z. Urol.* T. 10, p. 343.
— *Handbuch der Urologie*. T. 3, p. 792.
- HOFFMANN. — *Z. Urol.* T. 8, p. 508 (1914).
- HÜBENER. — *Zbl. Chir.*, p. 3038 (1931).
- HULK. — Voir « Sprengel ».
- HAMMEL. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*. T. 236, p. 155 (1932).
- JAMES T. G. ILITYD. — *The British Journal of Urology*. T. 5, p. 386 (1933).
- JENNINGS L. J. J. — *The British Medec. Journal*. N° 3758, p. 61 (Janvier 1933).
- LEGUEU. — *Traité d'Urologie*.
- MARION. — *Traité d'Urologie*.
- MARTINS. — *Med. J.* T. 60, p. 1351.
- MICHEL et ARTAUD. — *Archives franco-belges de Chirurgie*. T. 16, p. 1169 (1923).

- MITTERSTILLER. — *Z. Urol.* T. 14, p. 168 (1920).
- RAYER. — *Traité des Maladies des Reins* (1839).
- ROST. — *Z. Urol.* T. 25, p. 439 (1931).
- ROUVIERE. — *Anatomie*.
- SAUERBRUCH. — *Zbl. Chir.*, p. 3039 (1931).
- SKARBY H. G. — « Rupture spontanée d'hydronéphroses ». *Journal d'Urologie*, août 1934.
- SPRENGEL. — *Arch. Klin. Chir.* T. 100, p. 382.
- TESTUT et JACOB. — *Traité d'Anatomie Topographique*.
- TOURTOU. — *Bull. et Mém. Soc. Franç. d'Urologie du Sud-Est*, Paris. T. 1, N° 1 (3 décembre 1933).
- « Perforations spontanées des voies urinaires chez les urinaires ». Thèse Paris 1924.

